



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Muñiz**

**EVALUACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS Y ACTITUDES
RELACIONADOS CON LA IMAGEN CORPORAL
EN PACIENTES CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

DRA. BERENICE ISLAS HERNÁNDEZ

Asesor Teórico:

Dr. Juan José Cervantes Navarrete

Asesor Metodológico:

Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza

México, D. F. Mayo, 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO	
AGRADECIMIENTOS	IV
ABREVIATURAS	V
RESUMEN	VI
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
HIPÓTESIS	19
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>19</u>
TIPO DE ESTUDIO	19
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	20
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	20
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	24
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	24
<u>RESULTADOS</u>	<u>25</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>30</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>32</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>33</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>36</u>
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	36
II. MBSRQ	38

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Variables.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 2 Confiabilidad de las subescalas del MBSRQ.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 3 Variables sociodemográficas.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 4 Variables clínicas.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 5 Resultados MBSRQ.....</i>	<i>29</i>

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada quiero agradecer a Dios que me ha dado la oportunidad de culminar esta hermosa especialidad médica, con salud, con amor y apoyo de todas las personas que me rodean.

A mis padres, que me han enseñado el amor, la responsabilidad, la dedicación, la fortaleza y me han dado su apoyo en aquellos momentos en que los he necesitado. A mi hermana que además ha sido mi amiga, mi confidente, con la que he reído y llorado y que no podría haber mejor compañera que ella.

A mi novio Arturo que ha sido el hombre perfecto. Al que admiro como hombre, hijo, hermano, amigo, médico, músico. Gracias por enseñarme a sentir ese hermoso sentimiento el amor, por ser mi apoyo incondicional, por dejarme formar parte de tu mundo y por hacerme desear pasar mi vida contigo.

A toda mi familia mis tíos, mis primos, mis sobrinos que gracias a ellos he aprendido el amor, el apoyo, la superación, la fortaleza, los valores y la importancia de la familia. A mis abuelos y aquellos que ya no están aquí por haber forjado a mis padres, a mi maravillosa familia y por haber dejado una huella en mí.

A mis viejos amigos: Karina, Cynthia, Yariela, Nancy, Manuel, Luis, que han estado en diferentes etapas de mi vida, enriqueciéndola, estando a mi lado y que me escucharon soñar con ser psiquiatra.

A mis nuevos amigos: Maricel, Emmeline, Rafael, Victor, Julio, Leonardo, Marcos, Pablo, Laura que me permitieron vivir a su lado grandes experiencias y crecer en durante esta gran etapa de un médico, la especialidad.

A mis asesores de Tesis la Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza y al Dr. Juan Cervantes Navarrete por apoyarme en todo momento, por orientarme en la evaluación de los pacientes para la realización de este trabajo, por su interés y dedicación en el proyecto. Al equipo de trabajo del proyecto de Trastorno Dismórfico Corporal de la Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro del INPRF por su colaboración en la adaptación de las escalas que se usaron en esta tesis y por la colaboración en la evaluación de los pacientes.

ABREVIATURAS

BDD-YBOCS: Escala Obsesivo Compulsiva de Yale Brown modificada para Trastorno Dismórfico Corporal

BDDE: *Body Dysmorphic Disorder Examination*

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud 10ª edición.

CONALEP: Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica

DE: Desviación Estándar

DSM -IV TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición.

gl: grados de libertad

IC: Imágen Corporal

INPRFM: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

M: Media

MBSRQ: Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo

n: número

p: valor p

SCID P: *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

t: t de Student

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

TDC: Trastorno Dismórfico Corporal

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

5-HT: Serotonina

RESUMEN

El Trastorno Dismórfico Corporal, es definido como una preocupación por un defecto en el aspecto físico que puede ser imaginario o, si existe, la preocupación del individuo es claramente excesiva y causa malestar significativo. La evaluación de la imagen corporal es un factor importante del componente clínico del trastorno con posibles implicaciones en la etiología, el curso y pronóstico de este trastorno por lo que es importante su estudio. La prevalencia en población general es de 0.7 y 1.1%.

Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, homodémico, transversal. Se compararon los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal con los de un grupo control por medio del Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo (MBSRQ). Se incluyó una muestra de 11 sujetos masculinos con diagnóstico primario de Trastorno Dismórfico Corporal, provenientes de la "Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro" del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Se tomo como referencia para comparar las puntuaciones del MBSRQ en una muestra de 94 estudiantes, de sexo masculino en el rango de edad de 18 a 55 años, de diferentes Universidades de la Ciudad de México. *Resultados:* Con respecto a los pensamientos y actitudes en la imagen corporal cuatro de las subescalas del MBSRQ fueron significativamente diferentes entre la muestra de trastorno dismórfico corporal y el grupo control. En las subescalas de *evaluación de la apariencia, evaluación de la salud, áreas de satisfacción* se encontraron puntuaciones significativamente más altas en el grupo con Trastorno Dismórfico Corporal que el grupo control. En la subescala *orientación de la apariencia* se encontraron puntuaciones significativamente más altas en el grupo control que el de TDC. *Discusión:* El fenómeno de la imagen corporal en los pacientes con trastorno dismórfico corporal difiere del grupo control de una manera significativa. Estos resultados obtenidos difirieron de lo hipotetizado, pues las puntuaciones más altas hacen referencia a mayor satisfacción, percepción de mejor salud y a mayor satisfacción con la imagen corporal. Por lo tanto estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación que estén diseñados y validados en y para la población de estudio, pues el fenómeno de la imagen corporal se manifiesta de diferente manera entre el trastorno dismórfico corporal.

Al no existir instrumentos de medición que proporcionen una evaluación del fenómeno de la imagen corporal en el TDC, es necesario el desarrollo de los mismos.

INTRODUCCIÓN

MARCO DE REFERENCIA

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), es definido por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4a edición (DSM-IV TR)*, como una preocupación por algún defecto en el aspecto físico. El defecto es imaginario o, si existe, la preocupación del individuo es claramente excesiva. La preocupación causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. En el DSM IV- TR se encuentra clasificado en los trastornos somatomorfos. (1)

Los pacientes pueden quejarse por ejemplo de una nariz o cara excesivamente larga, genitales pequeños, boca estrecha, estas supuestas deformidades que los pacientes sienten son insoportablemente feas. Esta preocupación puede ser persistente y dominante, llevando a un aislamiento social que lleva a visitar repetidamente a dermatólogos y cirujanos plásticos en un intento de corregir el defecto imaginario. (1)

El Trastorno Dismórfico Corporal es un problema con la imagen corporal, no con la apariencia actual. (2)

La Imagen Corporal incluye diversos conceptos como posición del cuerpo en el espacio, percepción de las sensaciones corporales y atractivo. Incluso en términos más generales ha sido definida como yo corporal, esquema corporal y auto concepto. (2)

La Imagen Corporal consiste en la representación interna y subjetiva de la apariencia física y de la experiencia corporal según la definición de Thomas Cash y Thomas Pruzinsky.

Paul Schilder define "es la fotografía de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, la forma en la que nuestro cuerpo aparece en nosotros mismos". La imagen corporal es nuestro autorretrato interior. (2)

HISTORIA DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

El cuadro psicopatológico del Trastorno Dismórfico Corporal fue descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli, quien acuñó el término en 1886. ⁽³⁾

El término Dismorfofobia ha sido usado de diferentes formas, en general es definido como una percepción subjetiva de fealdad o de un defecto físico que el paciente piensa que no es apreciado por otros, a pesar de su apariencia normal. ⁽³⁾

Kraepelin y Janet describieron el síndrome de dismorfofobia. Kraepelin creía que era persistente, la naturaleza egodistónica de los síntomas de la dismorfofobia garantizaba su clasificación como una neurosis compulsiva. Janet lo clasificó como obsesión de la vergüenza del cuerpo, como un síndrome similar al Trastorno Obsesivo Compulsivo. Janet creía que esta preocupación era relativamente común, hacia incapie en la experiencia de extrema preocupación de estos individuos que temían a la "fealdad y al ridículo". ⁽³⁾

La literatura psicoanalítica contiene un caso clásico de dismorfofobia "la paranoia hipocondriaca" experimentada por Wolf-Man. Este paciente que tenía una neurosis compulsiva analizado por Freud "Abandono su vida y su trabajo por una preocupación por su nariz, su vida se centraba en un pequeño espejo de bolsillo", el psicoanálisis sugirió que su nariz representaba su pene y su deseo de ser castrado, sus síntomas también reflejaban una identificación con su madre. ⁽³⁾

La "bella hipocondría" es un concepto similar usado por Jahrreiss en 1930 y discutido después por Ladee. Ladee tomó algunas cualidades centrales del TDC en su descripción de la "bella hipocondría", la preocupación es entonces exclusivamente centrada en un aspecto de la apariencia corporal, que es experimentado como deforme, repulsivo, inaceptable o ridículo, toda su existencia es exclusivamente centrada en su preocupación. ⁽³⁾

La hipocondriasis dermatológica es otro término usado para describir el TDC por los "defectos" enfocados en las características concernientes a la nariz, dientes, piel y pelo. ⁽³⁾

El TDC se introdujo oficialmente hasta la publicación del DSM III en 1980 en los criterios diagnósticos de los Estados Unidos solo como ejemplo atípico de trastorno somatomorfo y sin criterios diagnósticos. En el DSM III-R se acordó separar el diagnóstico y se le llamó trastorno Dismórfico Corporal, debido a que los síntomas no son realmente de naturaleza fóbica típica con conducta de evitación. ⁽⁴⁾

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

El TDC ha sido poco estudiado debido a que es más probable que los pacientes acudan a dermatólogos, internistas o cirujanos plásticos que a psiquiatras. ⁽⁵⁾

Estudios han reportado tasas en población general de 0.7 y 1.1%. Un estudio en pacientes hospitalizados generales encontró que hasta el 13% tenían TDC. En pacientes no hospitalizados han sido reportadas tasas de 8 a 37 % en pacientes con TOC, 11 a 13 % en fobia social, 26% en tricotilomanía, 8% en depresión mayor y 14 a 42 % en depresión mayor atípica. ⁽⁶⁾

En cirugía cosmética las tasas de prevalencia que han sido reportadas van del 6, 7 y 15%. Se ha estimado que un 1% de la población de Estados Unidos podría sufrir TDC. ⁽⁶⁾

La prevalencia parece ser considerablemente mayor en los ámbitos dermatológicos. Phillips, encontró en un estudio que el 11.9% de los pacientes dermatológicos, dieron resultados positivos para esta enfermedad. ⁽⁷⁾

Este Trastorno se presenta principalmente en la adolescencia, siendo el promedio de edad del paciente dermatológico de 33.7 años, ya que la persona afronta una serie de cambios biopsicosociales, en donde el cuerpo desempeña un papel muy importante. (Papalia y Wendkos, 1997). ⁽⁷⁾

Rice afirma que, "La mayoría de los adolescentes se preocupan mucho por la imagen corporal: atractivo físico, constitución física, peso y ritmo del propio desarrollo en la relación con lo normativo". ⁽⁷⁾

Se presenta igualmente en hombres como en mujeres, puede ser gradual o repentina, pero una vez que se instaura (Belloch y Sandí, 1995), se muestra de manera continua, con pocos intervalos sin síntomas, aunque en algunas personas puede presentar periodos sin síntomas (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000). ⁽⁷⁾

Afecta a cualquier raza y la mayoría de los pacientes tienden a ser solteros.

ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

Se han desarrollado varios modelos del TDC han sido propuestos incorporando factores biológicos, psicológicos y culturales.

Una teoría psicoanalítica propone que el trastorno surge del inconsciente del individuo que desplaza un conflicto sexual o emocional o sentimiento de culpa y su pobre autoimagen. Algunos autores mencionan que factores psicodinámicos reflejan una excusa de sus profundas dificultades en su personalidad. ⁽⁸⁾

Las teorías biológicas se centran en la desregulación de la serotonina y alteraciones neurológicas. Se ha sugerido que el TDC resulta de alteraciones del lóbulo temporal que producen una sensación de "protuberancia" en el cuerpo del individuo y la persona siente que su cuerpo esta distorsionado. ⁽⁸⁾

El Trastorno Dismórfico Corporal no consiste sólo en una simple demanda cognitivo sensorial, sino que desde el funcionamiento fisiológico cerebral existe una alteración que no se conoce con precisión. Se han propuesto disfunciones en los niveles de serotonina cerebral próximos al núcleo del rafe. (Arce y López, 2002). ⁽⁹⁾

La serotonina (5-HT) desempeña un papel inhibitorio en la regulación del estado de ánimo, del control de comer, el dormir, el alertamiento, la conducta agresiva y la regulación del dolor(Carlson 1996). ⁽⁹⁾

La presentación clínica del TDC sugiere una afectación primaria e importante del procesamiento somatosensorial y perceptual, además de alteraciones de la memoria y la atención. Los datos indican que existe una serie de diferencias cognoscitivas como la función ejecutiva, la memoria, la percepción de emoción facial y el sesgo atribuido a la autodiscrepancia. La investigación cognoscitiva en el TDC ha sugerido que el procesamiento de la información selectivo podría ser importante en el origen y mantenimiento de los síntomas. ⁽³⁾

PRESENTACION DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

La edad de inicio del TDC es durante la adolescencia, los pacientes se presentan más probablemente con los cirujanos plásticos, dermatólogos, cosmetólogos. Usualmente no son diagnosticados formalmente por profesionales de la salud mental hasta 10 a 15 años después del inicio. Los pacientes generalmente se sienten incomprendidos y son sus síntomas son secretos porque piensan serán vistos como vanidosos o narcisistas. Ellos

pueden ser más estigmatizados por profesionales de la salud quienes ven solo la desfiguración real o que confunden la insatisfacción corporal con el TDC. Cuando están presentes con profesionales de la salud, es más probable que los pacientes se quejen de depresión o ansiedad social a menos que sean cuestionados específicamente por síntomas de TDC. ⁽¹⁰⁾

Poco se sabe acerca del curso del TDC, parece que la parte del cuerpo que les preocupa cambia a lo largo del tiempo, y puede progresar a una idea delirante. Varios casos reportados sugieren que sin tratamiento el TDC persiste de forma severa por varios años y los síntomas no remiten. ⁽¹¹⁾

En un estudio realizado por Phillips en el 2005 encontraron que el grado de severidad del TDC y una larga duración predicen una menor probabilidad de remisión. Tener un trastorno de personalidad significativo predice menor probabilidad de remisión de TDC. Los pacientes que recibieron tratamiento mental no tuvieron más probabilidad de remisión del TDC de quienes no tuvieron tratamiento. Los sujetos que recibieron tratamiento no metal (dermatológico, quirúrgico) específicamente mejoró su percepción de los defectos en su apariencia, no era más probable que remitiera el TDC. ⁽¹²⁾

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El Trastorno Dismórfico Corporal consiste en una preocupación excesiva por un defecto en el aspecto físico, que puede ser imaginario o real. El defecto se refiere a cuestiones de asimetría o desproporción, ya sea facial o corporal.

Las personas que padecen este trastorno se sienten insatisfechas con su imagen corporal, ya que la percepción cognitiva de sus medidas biométricas se distorsionan y provocan sentimientos de fealdad (Caballo, 1998).

A pesar de la insatisfacción, las personas con este trastorno, poseen una conciencia escasa o nula de la patología, ya que están seguras de que la percepción de la parte del cuerpo afectada es real y no distorsionada (Walker, 1999).

Los individuos con Trastorno Dismórfico Corporal están preocupados con la idea de que algún aspecto de su apariencia es no atractivo, deforme, o no esta "bien" de alguna forma, cuando en realidad el defecto es mínimo o inexistente. La preocupación comúnmente incluye aspectos o rasgos de la cara o cabeza, más frecuentemente de la piel, cabello o nariz. La preocupación es angustiante, consume su tiempo, es

típicamente difícil de resistir o controlar. Muchos pacientes tienen poco insight, no reconocen que el aspecto que perciben es mínimo.

En la mayor muestra clínica de pacientes con TDC analizados hasta ahora, las áreas más frecuentes de preocupación eran la piel (>60%), el cabello (>50%) y la nariz (aproximadamente, 40%), aunque virtualmente cualquier parte visible del cuerpo podría ser un foco de preocupación. La piel, el cabello y la nariz también fueron algunas de las áreas más frecuentes de preocupación en otras muestras de mayor tamaño.

Entre los síntomas dermatológicos se incluyen preocupaciones por las arrugas, manchas, marcas vasculares, acnés, poros grandes, grasa, cicatrices, palidez, rojeces, excesivo vello o afinamiento del cabello. Se pueden observar foliculitis y cicatrices como consecuencia del raspado de la piel y el arrancamiento de vello imaginario.

Los individuos con TDC pueden estar preocupados por diferentes partes del cuerpo en momentos diferentes o simultáneamente.

Tratan de esconder su defecto con maquillaje, su pelo, manos, sombreros u otra ropa. Comparan frecuentemente su "defecto" del cuerpo con el de otras personas, o se observan repetidamente para asegurarse de que lucen normales.

CONDUCTAS REPETITIVAS

Casi todos los individuos son repetitivos, frecuentemente consumen su tiempo en conductas compulsivas, intento usual de inspeccionar, esconden, arreglan el defecto percibido. Estas conductas son excesivas verificando el defecto percibido en los espejos, se arreglan excesivamente, arreglando la deformidad percibida. El objetivo de estas conductas es disminuir la ansiedad provocada por la imagen corporal, estas conductas regularmente incrementan o mantiene la ansiedad.

COMPLICACIONES DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

El TDC los lleva a solicitar una cirugía plástica que no necesitan, este trastorno esta estimado en el 2% del total de pacientes que van a solicitar una cirugía. Después de la cirugía pueden regresar preocupados por el mismo defecto o por algún otro, por lo que llegan a practicarse varias cirugías. ⁽³⁾

La literatura pone énfasis sobre el sufrimiento que puede causar el TDC. Resultan dificultades en el funcionamiento social, marital, ocupacional, la vida del paciente puede estar profundamente dañada. ⁽³⁾

La disfunción del TDC puede causarles ideación suicida. Phillips en el 2006 realizó un estudio en el que examinó el suicidio de 185 sujetos durante 4 años. La idea suicida fue reportada en el 57.8% de los sujetos por año, y un

promedio de 2.6% realizaron intentos de suicidio por año. Dos sujetos (0.3% por año) completaron el suicidio. Se concluyo que los Individuos con TDC tienen altos índices de ideas e intentos suicidas. El índice de suicidio completado es preliminar pero sugiere que el índice de suicidio completado en estos casos es considerablemente alto. ⁽¹³⁾

COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

El TDC es un trastorno relativamente común que tiene una alta comorbilidad con ciertos trastornos del eje I. Sin embargo, las asociaciones longitudinales entre el TDC y los trastornos de comorbilidad no se han examinado con anterioridad ⁽¹⁴⁾. Tal información puede verter luz sobre la naturaleza de la relación del TDC los trastornos cercanos supuestos, tales como depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y la fobia social.

Katharine A. Phillips y Robert L. Stout, realizaron un estudio en el 2006, este estudio examinó las asociaciones de la variación del tiempo entre el TDC y estos trastornos de comorbilidad en 161 participantes en un lapso de tiempo de 1 a 3 años de seguimiento en el primer estudio longitudinal prospectivo del curso de TDC.

El TDC tenía asociaciones longitudinales significativas con la depresión mayor (es decir, el cambio en el status de TDC y la depresión mayor fue ligado en un lapso corto de tiempo, con mejoras en la depresión mayor prediciendo una remisión de TDC, e, inversamente, la mejora en TDC predijo la remisión de la depresión. También encontramos que la mejora en el TOC predijo la remisión del TDC, pero que la mejora de TDC no predijo la remisión de TOC. No se encontró ninguna asociación longitudinal significativa para TDC y la fobia social (aunque los resultados para los análisis del TOC y de la fobia social fueron numéricamente menos estables).

Estos resultados sugieren que el TDC puede estar etiológicamente ligado a la depresión mayor y al TOC, es decir, que el TDC puede ser un miembro del espectro del TOC y del trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, el TDC parece no ser simplemente un síntoma de estos trastornos de comorbilidad, ya que los síntomas del TDC persistieron en una proporción importante de sujetos que remitieron en estos trastornos comórbidos. Se requieren estudios adicionales para aclarar la naturaleza de la relación del TDC a los trastornos comúnmente recurrentes, ya que este aspecto tiene implicaciones teóricas y clínicas importantes.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Según Hollander y Benzaquen (1997) estos trastornos se pueden considerar un continuum con sobreestimación del daño en el extremo compulsivo (TOC, Trastorno dismórfico corporal, Anorexia Nerviosa, Hipocondría, Despersonalización) y subestimación del daño en el extremo impulsivo (Trastornos del control de impulsos, episodios bulímicos, trastornos de personalidad de cluster B -antisocial, límite e histriónico) con estrategias de comportamiento de evitación del riesgo en el primer extremo y de búsqueda del riesgo en el otro extremo. Desde el punto de vista sintomático, la impulsividad y la compulsividad tienen en común la incapacidad de inhibir o retrasar comportamientos repetitivos. Sin embargo, la diferencia entre ambas radica en los centros impulsores de la acción: en la compulsividad se trata de disminuir el malestar asociado a los rituales, y en la impulsividad se trata de obtener placer. Aun así, se han descrito casos de sujetos que presentan características compulsivas e impulsivas. Por otra parte, estos mismos autores se basan en la hipótesis de que esta dimensión se encuentra delimitado en un marco biológico de hiperfrontalidad y sensibilidad serotoninérgica aumentadas asociadas a los trastornos de carácter compulsivo e hipofrontalidad y niveles serotoninérgicos presinápticos elevados asociados al grupo de trastornos del control de los impulsos.

Aunque los manuales diagnósticos actuales (DSM, CIE-10) consideren el Trastorno dismórfico corporal como una condición clínica perteneciente al grupo de trastornos somatomorfos, la controversia sobre sus límites nosológicos sigue abierta en base a su elevada comorbilidad con el TOC, su inclusión dentro del Trastorno de espectro obsesivo-compulsivo, su nexo fenomenológico con las fobias en psicopatología clásica y su extensibilidad clínica hacia un trastorno de características deliroides. Dentro de un modelo dimensional algunos autores han señalado que la relación entre el trastorno dismórfico y el TOC no es de simple comorbilidad sino que existen datos clínicos (edad de inicio, fenomenología, curso clínico) y de respuesta terapéutica favorable a los ISRS en ambos trastornos (Phillips, Hollander, 1993) que permiten establecer un nexo de unión significativamente más estrecho entre el TOC y el Trastorno dismórfico corporal que con el resto de trastornos somatomorfos.

El TDC suele manifestar similitud con otras patologías, en especial con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se caracterizan por la insatisfacción con la apariencia. En el caso de la Bulimia y la Anorexia, la insatisfacción está sujeta al peso (Cervilla y García, 2000). Otros de los

trastornos con los cuales se debe realizar diagnóstico diferencial es: Trastorno de la Identidad Sexual, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Personalidad por Evitación, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Delirante de tipo Somático, Tricotilomanía. ⁽¹⁵⁾

Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno dismórfico corporal: Una comparación de las características clínicas.

En un estudio, se comparó las características demográficas, clínicas y comorbilidad psiquiátrica en pacientes con TOC, TDC o TDC-TOC comórbido (34 sujetos con TDC, 79 con TOC y 24 con TDC-TOC). También se comparó el modelo de las preocupaciones dismórficas corporales y se asoció a los comportamientos en pacientes con TDC o sin comorbilidad con el TOC.

Los grupos de TDC y TOC mostraron cocientes similares de sexo. Los grupos con TDC y TDC-TOC eran perceptiblemente más jóvenes, y experimentaron el inicio de su trastorno en una edad perceptiblemente más joven que los sujetos con el TOC OCD. Los dos grupos de TDC tenían también menos probabilidades de estar casados, y más probabilidades de estar parados y tener una preparación de nivel inferior, que los sujetos con el TOC. Los tres grupos eran perceptiblemente diferentes en cuanto a la presencia comórbida de bulimia, alcoholismo y trastorno por consumo de sustancias, y así los pacientes con TDC-TOC mostraron los índices más altos y los TOC el más bajo.

El grupo TDC-TOC manifestó más trastorno bipolar II comórbido y fobia social que los otros dos grupos, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada fue observado con mayor frecuencia en pacientes con TOC. Los pacientes con TDC y TDC-TOC eran similares en lo que concierne a la presencia de comportamientos relacionados TDC repetidores, tales como mirarse al espejo. Ambos grupos también mostraron un modelo similar de deterioro en lo que concierne a la localización de los supuestos defectos físicos en áreas específicas del cuerpo. La única diferencia significativa se centró en la localización en la cara, que era más frecuente en el grupo TDC.

El TDC no aparece ser una simple variante clínica del TOC y parece también estar relacionado con la fobia social, los trastornos del estado del ánimo, alimentarios y del control de los impulsos. La copresencia de características de TDC y TOC parecen posiblemente individualizar una forma particularmente severa del síndrome, con una mayor carga de psicopatología y de deterioro funcional y una ocurrencia más frecuente de otros trastornos mentales comórbidos.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y DEPRESIÓN

Los pacientes con TDC suelen sufrir síntomas como baja autoestima, falta de valía, sentimiento de defectos personales, culpa, humor depresivo o ideación suicida. La asociación del TDC con la Depresión mayor se ha descrito con frecuencia, se ha observado una asociación particular entre la depresión "atípica".

En una cohorte de 80 pacientes el 14% tenía TDC. Brawman –Mintzer no encontraron TDC comórbido en pacientes que tenían un diagnóstico primario de depresión mayor, aunque los pacientes afectados con TDC habitualmente están deprimidos, lo que sugiere la influencia causal del TDC en la presencia de depresión.

Cotterill's en una serie de 17 pacientes encontró que 5 de ellos presentaban depresión y dos de ellos habían intentado suicidarse, siendo la depresión el trastorno más asociado.

En otro estudio 5 de 12 pacientes con dismorfofobia presentaban depresión moderada o severa, comparado con ningún caso en los pacientes sanos o con psoriasis, los pacientes con TDC calificaban significativamente alto como grupo en el Inventario de Beck para depresión.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los estudios con cohortes clínicas y no clínicas han demostrado la asociación de TDC con trastornos de ansiedad, especialmente TOC y fobia social, de forma más consistente. Phillips et al observaron la naturaleza intrusiva, recurrente y persistente de las preocupaciones del TDC y sus similitudes con los elementos de las obsesiones. El TDC se asocia con conductas compulsivas como la comprobación frecuente en el espejo y el peinado excesivo del cabello.

Al igual que las personas que padecen fobia social, los pacientes afectados de TDC muestran evitación en los contextos sociales y ocupacionales, excesiva atención concentrada en sí mismos y preocupación por los juicios emitidos por los demás sobre ellos.

Simeon et al encontraron solo un 12 % de pacientes que tenían TOC con un diagnóstico comórbido durante la vida de TDC, los individuos afectados de TDC y los no afectados no eran diferentes en las características demográficas, los que presentaban TOC y TDC comórbidos presentaban más elementos ansiosos, impulsivos y esquizotípicos que los

que solo presentaban TOC. Los autores concluyeron que aunque los trastornos están fuertemente relacionados, existen notables diferencias. Veale llevo a cabo una entrevista transversal con 50 voluntarios que cumplían los criterios del DSM IV para TDC como su trastorno primario, encontró altos grados de comorbilidad. Los diagnósticos del eje I adicionales más frecuentes fueron los trastornos del estado de animo (26%), fobia social (16%) y el TOC (6%), en el eje II el (72%) de los pacientes tenia elementos de por lo menos un trastorno de personalidad, el más frecuente era la conducta paranoide, evitativa y obsesiva compulsiva. Brawman y Mintzer estudiaron la frecuencia del TDC en pacientes con un diagnóstico primario de Depresión o un trastorno de ansiedad. Encontraron que el 5% de los sujetos clínicos y el 0% de los sujetos control sanos cumplía los criterios del DSM IV para TDC. Encontraron diferencias dentro de grupos específicos; el 11 % de los pacientes padecía fobia social, el 8% de los que padecían TOC presentaban TDC comórbido en contraste con el 2% de los pacientes que sufría pánico. Ningún paciente que padecía TAG o depresión mayor cumplía los criterios para TDC. Los autores concluyeron que el TDC puede compartir aspectos etiológicos con la fobia social y el TOC.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Debido a las preocupaciones frecuentes por la imagen corporal y la apariencia, Grant et al estudiaron la prevalencia de TDC en pacientes que padecían anorexia nerviosa, 16 de 41 pacientes (39%) afectados de anorexia nerviosa fueron diagnosticados con TDC comórbido no relacionado con problemas del peso. La anorexia nerviosa comórbida y el TDC se asociaron con un funcionamiento global significativamente más bajo y valores más elevados de ilusión que en la anorexia sin TDC.

Grant y Phillips en una revisión de las similitudes y diferencias de la anorexia nerviosa y el TDC, concluyeron que los trastornos debían diferenciarse clínicamente porque parecían responder distinto al tratamiento, tenían diferentes comorbilidades psiquiátrica, patrones familiares y razones de género.

Se han descrito diferencias de género en las comorbilidades en el TDC. Peugi et al estudiaron a 58 pacientes ambulatorios que padecían TDC. Las mujeres con TDC tenían comorbilidad a los largo de la vida significativamente más elevada, con pánico, TAG, bulimia, mientras que los hombres mostraban una comorbilidad durante la vida mayor para el

trastorno bipolar. Concluyeron que el género tiende a influir en la naturaleza y la importancia de la comorbilidad del TDC.

Phillips y Diaz encontraron que los hombres y las mujeres afectadas de TDC no se diferenciaban significativamente en tasas de depresión, los hombres tenían más probabilidades de presentar abuso o dependencia del alcohol.

Grant encontró que un 49% de sujetos con TDC refirió un trastorno de consumo de sustancias durante la vida, un 36% refirió dependencia de sustancias durante la vida habitualmente por alcohol, más del 68% refirió que el TDC contribuyó de forma importante al consumo de sustancias.

Biennu en un estudio que examinaba casos de TOC y controles junto con familiares de primer grado de los casos y de los controles, encontró que el TDC se produjo con mayor frecuencia en los casos y sus familiares tanto si tenían o no el diagnóstico. El TDC fue 4 veces más prevalente en los familiares de primer grado de los casos que en los familiares de los controles que no tenían TDC. Los autores concluyeron que el TDC es parte del espectro obsesivo compulsivo familiar.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y PERSONALIDAD

Varios autores, han sugerido que la variedad de personalidad puede predisponer al Trastorno Dismórfico Corporal.

Los tipos más comunes son la personalidad obsesiva-compulsiva, esquizoide, narcisista o mixta. Los individuos con TDC pueden ser perfeccionistas, auto críticos, inseguros, sensibles, reservados, tímidos.

En un estudio de casos y controles de 17 pacientes con dismorfofobia, 8 pacientes su trastorno parecía originarse de una personalidad sensible e insegura.

Fukuda, en una serie de pacientes con dismorfofobia, sugirió que el trastorno ocurría en individuos inseguros y con personalidad asténica. Zaidens encontró que en 12 pacientes con hipocondría dermatológica, tenían personalidad esquizoide.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

Varios instrumentos están disponibles para el diagnóstico. *Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module* es una entrevista clínica semiestructurada con un formato similar a otras entrevistas clínicas estructuradas del DSM IV (SCID P), este instrumento tiene las ventajas de ser breve y se adhiere estrictamente a los criterios del DSM IV. *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* es la versión corta autoaplicable de esta escala y tiene buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del

Trastorno Dismórfico Corporal. La escala obsesivo compulsiva de Yale Brown modificada para Trastorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS) es una medida de 12 puntos sobre la severidad actual del TDC, es fidedigna, validada y es sensible. Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), desarrollada por James Rosen es una entrevista clínica semiestructurada para el diagnóstico y medición de la severidad del TDC. Tiene buena fiabilidad, esta validada y es sensible. Evalúa múltiples dominios (evaluación negativa de la apariencia, excesiva importancia dada a la evaluación de la apariencia de si mismo, conductas de verificación y evitación de actividades). ^(16,17)

IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal (IC) es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). ⁽¹¹⁾

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes. Sin embargo no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, o cómo se evalúa, ni cómo se manifiesta una alteración de ella. (Koff E. 1990). ⁽¹¹⁾

La imagen corporal se forma con los siguientes elementos (Pruzinsky y Cash 1990):

- Aspectos perceptuales. Precisión con que se percibe el tamaño, peso y forma del cuerpo en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en su percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones. ⁽¹¹⁾
- Aspectos cognoscitivos. Actitudes, sentimientos, pensamientos, auto-mensajes, valoraciones que despierta el cuerpo su tamaño, peso, creencias sobre nuestro cuerpo. ⁽¹¹⁾

- Una imagen emocional. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal, incorpora experiencias de placer, displacer, rabia, etc. Incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo. ⁽¹¹⁾
- Aspectos conductuales: Conducta que se deriva de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Pueden ser exhibición, comprobación, evitación, los rituales, su camuflaje, etc. Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual. ⁽¹¹⁾

Otros autores como Slade (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: *“la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”*. ⁽¹¹⁾

Rosen en 1995 señaló que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Con las diferentes aportaciones, la imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas. ⁽¹¹⁾

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL.

Las primeras referencias a imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX.

Fishe (1990) indica que Bonnier en 1905 acuña el término de “aschemata” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o que Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal utiliza el término de “autotopagnosia”. Pick, igualmente, indicaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a

partir de la información sensorial. Henry Head, en los años 20, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un standard con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término "esquema corporal". ⁽¹¹⁾

Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como: "*La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos*" (Schilder, 1950) Schilder es pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal. ⁽¹¹⁾

ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987);

- Alteración cognoscitiva y afectiva: *insatisfacción de la imagen corporal* se define como el grado de inconformidad que se tiene con el autoconcepto que concierne a la propia imagen del cuerpo y que puede o no depender de una alteración en la percepción del cuerpo. ⁽¹¹⁾
- Alteraciones perceptuales: que conducen a la *distorsión de la imagen corporal*. Se define como una apreciación falsa o no adecuada de la propia imagen, incluye sobretodo una alteración de la percepción del propio cuerpo. ⁽¹¹⁾

No esta clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptuales y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluación perceptuales y subjetivas no siempre es alta. (Cash y Pruzinsky 1990).

En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecuan a la realidad, ocupan la mente con gran intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal. ⁽¹¹⁾

En la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal (Grant y Cash 1995). Esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno en un 4% de las mujeres y en menos de 1% de los hombres (Rosen, Reiter, Orosan 1995).⁽¹¹⁾

En el TDC las alteraciones de la imagen corporal son centrales y requieren de una evaluación e intervención específica.⁽⁶⁾

En el TDC la preocupación puede referirse a partes del cuerpo o aspectos más globales, así como a defectos faciales, la forma, le tamaño, el peso la simetría de partes del cuerpo y los olores (Phillips 1991).⁽⁷⁾ En un estudio realizado en estudiantes universitarios, las preocupaciones en los hombres se referían a la cintura, el estómago, y el peso con referencia a la masa muscular; en cambio en las mujeres a las nalgas, las caderas y los muslos (Raich 2000).

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

A pesar de que la disforia de la imagen corporal es el punto central de este desorden, se conoce poco de la alteración de la imagen corporal en este trastorno.⁽¹⁸⁾

En 1982 Hardy realizó un estudio de pacientes con TDC comparado con controles, los pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal estuvieron menos satisfechos con su imagen corporal, y era más frecuente que sintieran que su cuerpo era inaceptable.⁽¹⁸⁾

En un estudio reciente cuando se midió el atractivo en fotos, incluyendo a si mismos, los pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal sobreestimaron el atractivo de las caras hermosas y subestimaron su propio atractivo.

Respecto a la distorsión de la imagen corporal no se sabe si la visión de los pacientes tiene una base en el procesamiento perceptual anormal, o en una insatisfacción en la evaluación cognoscitiva. Las observaciones clínicas sugieren que la mayoría de los individuos tienen un procesamiento sensorial anormal, tal vez experimentan una ilusión o alucinación visual.⁽¹⁸⁾ El defecto se refiere a cuestiones de asimetría o desproporción, ya sea facial o corporal.⁽¹⁸⁾

A pesar de la insatisfacción, las personas con este trastorno, poseen una conciencia escasa o nula de la patología, ya que están seguras de que la percepción de la parte del cuerpo afectada es real y no distorsionada (Walker, 1999).⁽¹⁸⁾

Los individuos con Trastorno Dismorfo Corporal están preocupados con la idea de que algún aspecto de su apariencia es no atractivo, deforme, o no esta "bien" de alguna forma, cuando en realidad el defecto es mínimo o inexistente. La preocupación comúnmente incluye aspectos o rasgos de la cara o cabeza, mas frecuentemente de la piel, cabello o nariz. La preocupación es angustiante, consume su tiempo, es típicamente difícil de resistir o controlar.⁽¹⁹⁾

En la mayor muestra clínica de pacientes con TDC analizados hasta ahora, las áreas más frecuentes de preocupación eran la piel (>60%), el cabello (>50%) y la nariz (aproximadamente, 40%), aunque virtualmente cualquier parte visible del cuerpo podría ser un foco de preocupación. La piel, el cabello y la nariz también fueron algunas de las áreas más frecuentes de preocupación en otras muestras de mayor tamaño.⁽¹⁷⁾

Entre los síntomas dermatológicos se incluyen preocupaciones por las arrugas, manchas, marcas vasculares, acnés, poros grandes, grasa, cicatrices, palidez, excesivo vello o afinamiento del cabello. Se pueden observar foliculitis y cicatrices como consecuencia del raspado de la piel y el arrancamiento de vello imaginario.⁽¹⁸⁾

Los individuos con TDC pueden estar preocupados por diferentes partes del cuerpo en momentos diferentes o simultáneamente.⁽¹⁷⁾

Comparan frecuentemente su "defecto" del cuerpo con el de otras personas, o se observan repetidamente para asegurarse de que lucen normales.^(17,20)

EVALUACION DE LA IMAGEN CORPORAL EN EL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

El BDDE reporta que proporciona información única en predecir el estado clínico cuando se controla, por un ajuste psicológico y otras mediciones de la imagen corporal.

El TEST perceptual para TDC consiste en dibujar una figura que será usada para medir la distorsión del tamaño del cuerpo de las partes del cuerpo (Rosen, 1996). La figura dibujada por el individuo se cree que esta relacionada a sus impulsos, ansiedades, conflictos o compensaciones. Evidencia empirica sostiene que el uso de la figura dibujada para medir la imagen corporal estaba mezclada ligeramente con más resultados negativos que positivos (Kahill,1984).⁽⁸⁾

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal en pacientes con trastorno dismórfico corporal?

JUSTIFICACIÓN

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), es un trastorno subdiagnosticado que conlleva un gran sufrimiento y deterioro en el paciente ya que la preocupación por el supuesto defecto en la imagen es angustiante, consume su tiempo, es típicamente difícil de resistir o controlar y lleva a los individuos con TDC a tener altos índices de ideas e intentos suicidas.

A pesar de su frecuencia poco se sabe sobre las características clínicas y factores etiológicos. La evaluación de la imagen corporal es un factor importante del componente clínico del TDC, con posibles implicaciones en la etiología, el curso y pronóstico de este trastorno por lo que es importante su estudio.

En el Trastorno Dismórfico Corporal las alteraciones de la imagen corporal son centrales y requieren de una evaluación e intervención específica. Es un elemento fundamental en la sintomatología y en las hipótesis patológicas del Trastorno Dismórfico Corporal, por lo que es indispensable conocer sobre las características cognoscitivas y perceptuales que la conforman.

Hasta el momento no existen estudios en población mexicana que evalúen los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal en una población de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal. Lo cual justifica también la realización de este estudio en nuestra población.

Por lo que estudiar el fenómeno de la imagen corporal de manera integral incorporando los conceptos cognoscitivos y perceptuales ayudará al conocimiento de la imagen corporal en el Trastorno Dismórfico Corporal.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Describir los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal en un grupo de pacientes con diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal a través del Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo (MBSRQ).

Objetivos específicos

Comparar los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal con dichos pensamiento y actitudes de un grupo control.

HIPOTESIS

Los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal en el grupo de pacientes con diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal serán más negativos en comparación con un grupo control de acuerdo a la calificación global de la escala MBSRQ.

MATERIAL Y MÉTODO

A.- Tipo de estudio

Prospectivo, comparativo, homodémico, transversal.

B.- Universo de estudio

Se incluyó una muestra de 13 sujetos, 12 hombres y una mujer con diagnóstico primario de Trastorno Dismórfico Corporal, provenientes de la "Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro" del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", que aceptaron participar en el estudio. Posteriormente se excluyeron un hombre y una mujer de la muestra debido a que no completaron las evaluaciones.

El diagnóstico se realizó por medio de un cuestionario de Tamizaje de TDC y posteriormente se corroboró por medio de una entrevista clínica realizada por un miembro de la clínica con amplia experiencia en TDC. Los pacientes podían tener comorbilidad psiquiátrica con otro diagnóstico del eje I como Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia Social; etc, pero se excluyeron pacientes con un Trastorno psicótico y con retraso mental.

Se tomó como referencia para comparar las puntuaciones del MBSRQ en una muestra de 94 estudiantes, de sexo masculino en el rango de edad de 18 a 55 años, abarcando diferentes grupos socioeconómicos, de bachillerato y de licenciatura de diversas escuelas de la Ciudad de México como CONALEP Coyoacán, Facultades de Química, Medicina, Psicología, Filosofía y Letras de Ciudad Universitaria de la UNAM para compararlos con una muestra de pacientes con TDC.

C.- Variables

Socio-Demográficas

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Escolaridad

Clínicas

- Diagnóstico o no de Trastorno dismórfico corporal
- Edad de inicio del TDC
- Tiempo de evolución del TDC
- Forma de inicio del TDC
- Área corporal de preocupación
- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos

Imagen corporal

- Pensamientos y actitudes en la imagen corporal evaluados con el instrumento.

Tabla 1.VARIABLES			
VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
EDAD	Dimensional	Edad en años	Hoja de concentración de datos
SEXO	Nominal/ dicotómica	Mujer / Hombre	Hoja de concentración de datos
ESTADO CIVIL	Nominal/ dicotómica	Con pareja, Sin pareja	Hoja de concentración de datos
ESCOLARIDAD	Dimensional	Años de estudio	Hoja de concentración de datos
OCUPACIÓN	Nominal/ dicotómica	Con ocupación, sin ocupación	Hoja de concentración de datos
T DISMÓRFICO CORPORAL	Nominal/dicotómica	Presente/ausente	Escala de tamizaje de TDC y entrevista clínica
EDAD DE INICIO	Dimensional	Años	Hoja de concentración de datos
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Dimensional	Años	Hoja de concentración de datos
FORMA DE INICIO	Nominal	Súbita/insidiosa	Hoja de concentración de datos
AREA CORPORAL DE PREOCUPACION	Dimensional	Cara, Extremidades	Hoja de concentración de datos
COMORBILIDAD	Dimensional	N de trastornos comórbidos	MINI
PENSAMIENTOS Y ACTITUDES EN LA IC	Dimensional	Nueve dimensiones del MBRSQ	Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo (MBRSQ)

D.- Descripción de los instrumentos utilizados:

No existen instrumentos diseñados para evaluar la imagen corporal en el Trastorno Dismórfico Corporal por lo que se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo (MBSRQ) por ser la medida más completa y multidimensional que existe actualmente en relación con las actitudes del constructo de la imagen corporal.

D.1- Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo (MBSRQ)

El cuestionario multidimensional de relación con el propio cuerpo (MBRSQ) es un autoreporte de 69 ítems que **evalúa los pensamientos y aspectos**

de actitud del constructo de la imagen corporal. Como actitudes, incluyen componentes de evaluación, cognoscitivos y conductuales. Desde su desarrollo inicial en 1983 se ha ido depurando su estructura factorial reduciéndolo de 294 ítems iniciales, a 69 actuales. El cuestionario se utilizó en 1985 en uno de los mayores estudios que se han llevado a cabo sobre el tema de la imagen corporal y que incluyó a 2.000 participantes seleccionados de una muestra de más de 30.000.

A través de la validación y el análisis de los componentes principales de la base de datos original (Brown, Cash & Mikulka, 1990) corroboró la estructura teórica del cuestionario. Los factores extraídos a partir del análisis del MBSRQ reflejaban dos dimensiones disposicionales (“evaluación” y “orientación” cognitivo-conductual) además de tres ámbitos somáticos: “apariencia”, “forma física” y “salud/enfermedad”.⁽²¹⁾

Las subescalas del MBSRQ reflejan 2 dimensiones: evaluación y orientación cognoscitivo-conductual. El MBSRQ posee 7 subescalas:

1. Evaluación de la apariencia (sentimientos a cerca de lo atractivo o no atractivo físico. Puntuación alta: sentimientos positivos sobre su apariencia física. Puntuación baja: sentimientos negativos sobre la apariencia física)
2. Orientación de la apariencia (el grado de inversión sobre la apariencia propia. Puntuación alta: mayor importancia a su apariencia. Puntuación baja: poca importancia a su apariencia)
3. Evaluación de la forma física (sentimientos a cerca de estar en buena o mala forma. Puntuación alta: buena forma. Puntuación baja: mala forma)
4. Orientación de la forma física (el grado de inversión a estar físicamente en forma o atléticamente competente. Puntuación alta: buena forma y comportamiento asociados. Puntuación baja: mala forma, y comportamientos asociados)
5. Evaluación de la salud (sentimientos a cerca de la salud física. Puntuación alta: sentimientos positivos a cerca de su salud física. Puntuación baja: sentimientos negativos a cerca de su salud física)
6. Orientación de la salud (el grado de inversión a tener un estilo de vida físicamente saludable. Puntuación alta: conciencia de estilo

de vida saludable. Puntuación baja: falta de conciencia a cerca de su salud.

7. Orientación de la enfermedad (el grado de reactividad de estar o comenzar a enfermarse. Puntuación alta: estar alerta de los síntomas de una enfermedad. Puntuación baja: no alerta o no reactivo a los síntomas de una enfermedad)

Además el MBSRQ tiene 3 subescalas especiales multi-item:

8. Áreas de satisfacción corporal, consiste en un acercamiento de la evaluación de la Imagen Corporal como una satisfacción-disatisfacción con las áreas del cuerpo y atributos.
9. Preocupación del sobrepeso, evalúa la ansiedad a la gordura, la vigilancia del peso, dieta, y la restricción alimenticia.
10. Autoclasificación del peso, evalúa la autovaloración del peso desde el "muy bajo peso" al "muy alto peso".

El MBSRQ esta indicado para usarlo con adultos y adolescentes (15 años o mayores). Este instrumento no es apropiado para niños. ⁽²¹⁾

Tabla 2. CONFIABILIDAD DE LAS SUBESCALAS DEL MBSRQ				
Factores de las subescalas	Hombres		Mujeres	
	Alfa de Cronbach	Test-Retest (1 mes)	Alfa de Cronbach	Test-Retest (1 mes)
Evaluación de la Apariencia	0.88	0.81	0.88	0.91
Orientación de la Apariencia	0.88	0.89	0.85	0.90
Evaluación de la Forma Física	0.77	0.76	0.77	0.79
Orientación de la Apariencia Física	0.91	0.73	0.90	0.94
Evaluación de la Salud	0.80	0.71	0.83	0.79
Orientación de la Salud	0.78	0.76	0.78	0.85
Orientación de la Enfermedad	0.78	0.79	0.75	0.78
Subescalas Adicionales				
Áreas de Satisfacción Corporal	0.77	0.86	0.73	0.74
Preocupación por el Peso	0.73	0.79	0.76	0.89
Autoclasificación del Peso	0.70	0.86	0.89	0.74

El MBSRQ ha sido usado extensamente con éxito en estudios de Imagen Corporal. La gama de las investigaciones van desde estudios psicométricos básicos que se aplican en investigaciones clínicas, usando tanto metodología descriptiva como experimental. EL MBSRQ ha sido empleado en investigaciones de estudiantes “normales”, investigaciones de obesidad, de Trastornos de la Conducta Alimentaria, de acné facial, de ejercicio físico y estudios de resultados de terapia de imagen corporal.

Se realizó la Validación de la versión española del *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ). En este estudio se llevó a cabo la adaptación y validación psicométrica de la versión española del MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire). El cuestionario se administró a una muestra de 261 participantes: 131 universitarios sin problemas de imagen corporal y 130 pacientes de cirugía estética. La estructura de la versión española mantiene los criterios de calidad psicométrica respecto a la original.

La fiabilidad de la versión del cuestionario una vez depurada su estructura factorial se midió a través de la consistencia interna utilizando el índice Alfa de Cronbach. La consistencia interna fue alta: $\alpha=0,884$.

Para esta tesis se trabajo con la versión española del *Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo* (MBSRQ) de la cual se realizó una adaptación para su aplicación en población mexicana.

E.- Análisis de los resultados

Se describieron las frecuencias y proporciones de las variables categóricas; y las medias y desviación estándar de las variables continuas. Se compararon los resultados de las escalas entre el grupo de pacientes con TDC y el grupo control, mediante la *prueba t* para medidas independientes. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12. El nivel de significancia se fijó en 0.05.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser un estudio descriptivo no hubo intervenciones farmacológicas o de algún otro tipo. El riesgo fue mínimo, ya que solo se les aplicaron los instrumentos de evaluación, previa autorización del paciente, después de haber leído y firmado el consentimiento informado. Se agrega hoja de consentimiento informado (anexo 2). El estudio fue evaluado y autorizado por el comité de ética de INPRFM.

RESULTADOS

A.- Descripción de los resultados

A.1.- Variables socio-demográficas:

De los 13 pacientes con diagnóstico primario de Trastorno Dismórfico Corporal, que aceptaron participar en el estudio se excluyeron: un hombre debido a que no completó el cuestionario y una mujer debido a que solicitó retirarse del estudio.

El grupo de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal estuvo compuesto por 11 pacientes, todos hombres. En cuanto al estado civil 10 de los 11 pacientes no tuvieron pareja. En lo referente a la **escolaridad** un paciente estudió la primaria (6 años), dos pacientes estudiaron la secundaria (9 años), seis pacientes estudiaron bachillerato (12 años), dos pacientes estudiaron licenciatura (17 años), los años de escolaridad en promedio fueron de 11.81 años. En cuanto a la **ocupación**, cinco pacientes tuvieron ocupación y seis sin ocupación. El resultado completo de estas variables se muestra en la **tabla 3**.

El grupo control estuvo compuesto por 94 sujetos todos de sexo masculino, de edad entre 18 y 55 años, con una $M=30.8$ años y una $DE=10.4$. En cuanto al estado civil 38 de los 94 sujetos tuvieron pareja, 56 no tenían pareja. En lo referente a la escolaridad 21 sujetos estudiaron la secundaria, 20 sujetos estudiaron el bachillerato, 53 sujetos estudiaron la licenciatura, con una escolaridad promedio de 13.60 años de estudio. En cuanto a la ocupación 92 sujetos tenían una ocupación y 2 sujetos no tenían ocupación.

A.2.- Variables clínicas:

Con respecto a la **edad de inicio** del Trastorno Dismórfico Corporal un paciente tuvo un inicio a la edad de 10 años, dos pacientes a los 12 años, un paciente a los 13 años, un paciente a los 14 años, un paciente a los 15 años, un paciente a los 17 años, dos a los 18 años, uno a los 21 años y uno a los 22 años; con una $M=15.63$ años. En cuanto al **tiempo de evolución**: seis de los pacientes tuvieron un rango de 2 a 10 años y cinco más de 10 años, con una $M=15.09$. En relación a la **forma de inicio**: 9 sujetos tuvieron un inicio insidioso y 2 un inicio súbito. En lo referente al **área corporal de preocupación**: cuatro pacientes con TDC tuvieron más de un área afectada, siete pacientes con TDC tuvieron solo un área afectada. En tres pacientes con TDC su área afectada fue la nariz, en dos pacientes fue la cabeza, en un paciente los brazos, en un paciente el cabello y el

pene, en un paciente la mandíbula, en un paciente los huesos, en un paciente la boca y en uno la estatura. En cuanto a la **comorbilidad de eje uno**: cuatro sujetos tuvieron comorbilidad con un solo trastorno; cuatro sujetos tuvieron comorbilidad con dos trastornos y tres sujetos tuvieron más de tres trastornos. En relación a los Trastornos Psiquiátricos Comórbidos: siete pacientes tuvieron comorbilidad con Trastorno Obsesivo Compulsivo, seis pacientes con Fobia Social, seis pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, un paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria, un paciente con Dependencia a etanol. El resultado completo de estas variables se muestra se la **tabla 4**.

A.3.- Variables de imagen corporal:

Con respecto a los **pensamientos y actitudes en la imagen corporal**: cuatro de las subescalas del MBSRQ fueron significativamente diferentes entre la muestra de trastorno dismórfico corporal y el grupo control. En la subescala de **evaluación de la apariencia** se encontraron puntuaciones significativamente más altas en el grupo con Trastorno Dismórfico Corporal (M=3.73, DE=0.862) que el grupo control (M=2.47, DE= 0.751), lo cual significa que el grupo con TDC tuvo sentimientos más positivos sobre su apariencia física; ($t= -4.632$; $gl=11.847$; $p=0.00$). En la subescala **orientación de la apariencia** se encontraron puntuaciones significativamente más altas en el grupo control (M=2.62, DE=0.571) que el de TDC (M=2.02, DE=0.586), lo cual quiere decir que le dan mayor importancia a su apariencia el grupo con TDC que el control ($t= 3.219$; $gl=12.328$; $p= 0.00$). En la subescala de **evaluación de la salud** se encontraron puntuaciones significativamente más altas el grupo con TDC (M=3.59, DE=0.905) que el grupo control (M=2.35, DE=0.664), lo cual significa que el grupo con TDC tienen más sentimientos positivos acerca de su salud física que el grupo control ($t= -4.418$; $gl=11.297$; $p=0.00$). En la subescala **áreas de satisfacción** se encontraron puntuaciones significativamente más altas en el grupo con TDC (M=3.49, DE=0.618) que en el grupo control (M=2.41, DE=0.656), lo que significa mayor satisfacción con las áreas del cuerpo que el grupo control ($t= -5.466$; $gl=12.787$; $p=0.00$). El resultado completo de estas variables se muestra se la **tabla 5**.

B.- Tablas y graficas

Tabla 3. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
VARIABLE		TDC	CONTROL
Edad		M=31.36, DE=14.229	M=30.8, DE=10.4
Estado Civil	Con pareja	10	38
	Sin pareja	1	56
Escolaridad	Media	M=11.81	M=13.60
	Primaria (6 años)	1	0
	Secundaria (9 años)	2	21
	Bachillerato (12 años)	6	20
	Licenciatura (17 años)	2	53
Ocupación	Con ocupación	5	92
	Sin ocupación	6	2

Tabla 4. VARIABLES CLÍNICAS		
EDAD DE INICIO	Categorías	Grupo TDC (n=11)
	M= 15.63	
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	M=15.09	
	2-10 años	6
	>10 años	5
FORMA DE INICIO	Insidioso	9
	Súbito	2
AREA CORPORAL DE PREOCUPACION	Un área	7
	> de un área	4
COMORBILIDAD EJE I	1	4
	2	4
	3 o más	3

TABLA 5. RESULTADOS MBSRQ			
SUBESCALAS DE MBSRQ		GRUPO CONTROL	T DISMORFICO CORPORAL
Evaluación de la apariencia	Media y DE	M= 2.47; DE= 0.751	M=3.73; DE=0.862
	Prueba t	t= -4.632; gl=11.847; p=0.00*	
Orientación de la apariencia	Media y DE	M= 2.62; DE= 0.571	M= 2.02; DE= 0.586
	Prueba t	t= 3.219; gl=12.328; p= 0.00*	
Evaluación de la forma física	Media y DE	M= 2.24; DE= 0.906	M= 2.39; DE= 0.868
	Prueba t	t= -0.565; gl=12.689; p=0.58	
Orientación de la forma física	Media y DE	M= 2.54; DE= 0.716	M= 2.53; DE= 0.928
	Prueba t	t= 0.043; gl=11.436; p= 0.96	
Evaluación de la salud	Media y DE	M= 2.35 DE= 0.664	M= 3.59; DE= 0.905
	Prueba t	t= -4.418; gl=11.297; p=0.00*	
Orientación de la salud	Media y DE	M= 2.67; DE= 0.521	M= 2.60; DE= 0.768
	Prueba t	t= 0.293; gl=11.105; p=0.77	
Orientación de la enfermedad	Media y DE	M= 2.80; DE= 0.856	M= 2.56; DE= 1.046
	Prueba t	t= 0.735; gl=11.119; p=0.47	
Áreas de satisfacción corporal	Media y DE	M= 2.41; DE= 0.656	M= 3.49; DE= 0.618
	Prueba t	t= -5.466; gl=12.187; p=0.00*	
Preocupación por el sobrepeso	Media y DE	M= 3.52; DE= 0.910	M= 2.98; DE= 1.087
	Prueba t	t= 1.596; gl=11.702; p=0.13	
Auto clasificación del peso	Media y DE	M= 2.67; DE= 0.686	M= 2.82; DE= 0.603
	Prueba t	t= -0.758; gl=13.226; p=0.46	

* valores con significancia estadística

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se encontró una distribución significativamente diferente en relación a los pensamientos y aspectos de actitud de la imagen corporal entre el grupo control y el grupo de TDC en cuatro de las dimensiones del MBSRQ.

Con respecto a los pensamientos y actitudes en la imagen corporal cuatro de las subescalas del MBSRQ fueron significativamente diferentes entre la muestra de trastorno dismórfico corporal y el grupo control. Las subescalas con puntuaciones significativamente mayores para el grupo de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal fueron tres: la subescala **evaluación de la apariencia** (M=3.73, DE=0.862; DE=14.229, t= -4.632; gl=11.847; p=0.00); la subescala **evaluación de la salud** (M= 3.59; DE= 0.905, t= -4.418; gl=11.297; p=0.00) y en la subescala **áreas de satisfacción** (M= 3.49; DE= 0.618, t= -5.466; gl=12.787; p=0.00). El grupo control tuvo puntuaciones significativamente más altas en la subescala de **orientación de la apariencia** (M= 2.62; DE= 0.571, t= 3.219; gl=12.328; p= 0.00).

Estos resultados obtenidos difirieron de lo hipotetizado, pues las puntuaciones más altas hacen referencia a mayor satisfacción, percepción de mejor salud y a mayor satisfacción con la imagen corporal ⁽²¹⁾. Consideramos que las razones de estos resultados pueden fundamentarse en lo siguiente:

En la subescala **evaluación de la apariencia** se esperaba que las puntuaciones fueran significativamente más altas para el grupo control ya que esto indicaría sentimientos más positivos sobre su apariencia física que el grupo con TDC, sin embargo no fue así, una explicación sería que muchos los pacientes con TDC evalúan de forma objetiva el resto de su imagen corporal ya que manifiestan estar satisfechos con su aspecto físico si omiten el defecto que perciben en su imagen corporal ⁽²⁶⁾.

En la subescala **evaluación de la salud** los resultados en las puntuaciones fueran significativamente más altas para el grupo con TDC, esto indica sentimientos más positivos sobre su salud física; una explicación sería que los pacientes con TDC no se perciben como enfermos ya que el defecto físico lo vivencian en la forma y no en la funcionalidad o fisiología del defecto percibido.

En la subescala **áreas de satisfacción** se esperaba que las puntuaciones fueran significativamente más altas para el grupo control ya que esto indicaría más satisfacción con las áreas del cuerpo que los pacientes con TDC sin embargo no fue así probablemente porque el defecto que percibe el paciente con TDC, generalmente es específico e involucra uno o dos áreas del cuerpo, lo que implica que la preocupación

y la consecuente insatisfacción están focalizadas a una zona del cuerpo⁽²³⁾ y el MBSRQ fue diseñado para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria,⁽²¹⁾ en donde las áreas de insatisfacción con la imagen corporal son múltiples y están difuminadas en el concepto del propio cuerpo.⁽²⁴⁾

Además, en los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, la preocupación por su imagen corporal está fundamentada en la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal; mientras que en el TDC, la preocupación está más relacionada con la forma, tamaño, etc, de una zona afectada⁽²⁵⁾.

En la subescala **orientación de la apariencia** esperábamos puntuaciones significativamente más altas en los pacientes con TDC ya que puntuaciones más altas en esta subescala indicarían mayor importancia a su apariencia, sin embargo no fue así probablemente porque la subescala evalúa el grado de inversión en la propia apariencia pero no evalúa la inversión disfuncional. Valorar y atender a la apariencia, no son necesariamente conductas desadaptativas. Otra explicación a este hallazgo es la muestra pequeña en relación con el grupo control.

Por lo tanto estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación que estén diseñados y validados en y para la población de estudio, pues el fenómeno de la imagen corporal se manifiesta de diferente manera entre el trastorno dismórfico corporal y el los trastornos de la conducta alimentaria.

Al no existir instrumentos de medición que proporcionen una evaluación del fenómeno de la imagen corporal en el TDC, es necesario el desarrollo de los mismos. Sin embargo, las dificultades que se tienen para el desarrollo de estos instrumentos son diversas pues en primer lugar la apreciación estética del cuerpo es un fenómeno subjetivo sin estándares de referencia claros; y en segundo lugar, la variabilidad de la expresión del defecto físico que aqueja a los pacientes con TDC es muy grande pues implica no solo la región afectada, sino el parámetro de valoración, que puede ser el tamaño, la posición, la simetría, la forma, el color, etc. Esto hace de la imagen corporal en el TDC un fenómeno sumamente complicado de valorar.

Las limitaciones de este estudio fueron: el tamaño de la muestra de pacientes con trastorno dismórfico corporal fue pequeña, menor a lo esperado y solo se incluyeron pacientes del sexo masculino ya que solo hubo una paciente del género femenino que no completó la evaluación. Desconocemos porque nuestra muestra estuvo integrada solo por sujetos varones ya que el TDC se presenta con igual frecuencia por género y el estudio tuvo criterios de inclusión para ambos géneros.

La fortaleza de este estudio consiste en que es el primer estudio que se realiza para evaluar los pensamientos y actitudes relacionadas con la imagen corporal en pacientes con trastorno dismórfico corporal en población mexicana. Este estudio forma parte de un estudio global sobre trastorno dismórfico corporal de la “Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro” del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que continua abierto y se amplía la muestra, por lo que se presentarán en el futuro resultados de una muestra mayor.

X. CONCLUSIONES

El fenómeno de la imagen corporal en los pacientes con trastorno dismórfico corporal difiere del grupo control de una manera significativa aunque no en la tendencia esperada. Es necesaria la creación de instrumentos diseñados para medir el fenómeno de la imagen corporal en esta población. Son necesarias muestras mayores para futuros estudios.

|

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4º Ed. Text Revision, 2000.
2. Phillips KA. The Broken Mirror. Understanding and treating body dysmorphic disorder. Oxford University Press. 2005.
3. Castle D J, Rossell S L. An update on body dysmorphic disorder. Current Opinion in Psychiatry. 2006, 19 (1) 74-78.
4. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. 9ª edición. Waverly Hispánica. 2005.
5. Patterson WM, Bienvenu OJ, Chodyncki P, Janniger CK, Schwartz RA. Body dismorphic disorder. International Journal of Dermatology. 2001; 40: 688-690.
6. Phillips KA. Body dysmorphic disorder recognizing and treating imagined ugliness. World Psychiatry. 2004. 3:1: 12-17.
7. Conroy M, Menard W, Fleing-ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips K A. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in adult inpatient setting. General Hospital Psychiatry. 2008; 30 (1): 67-72.
8. Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment and treatment strategies. Clinical Psychology Review. 2001. 21(6), 949-970.
9. Phillips K A. Body Dysmorphic Disorder: The Disstres of Imagened Ugliness. American Journal Psychiatry. 1991. 148 (9) 1138-1149.
10. Veale D. Body dysmorphic disorder. Postgrad Med. 2004. (80)67-71.
11. Cash TF y Pruzinsky T. Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice. Ed Guilford. 2002.
12. Phillips K, Pagano M, Menard W, Fay C, Stout R. Predictors of Remission From Body Dysmorphic Disorder: A *Prospective Study*. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2005. 193 (8) 564-567.

13. Phillips K, Menard W. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *American Journal Psychiatry*. 2006. (163)1280–1282
14. Phillips K, Stout R. Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive–compulsive disorder, and social phobia. *Journal of Psychiatric Research*. 2006 Jun;40 (4) pag 360-369.
15. Ruffolo JS, Phillips K A, Menard W, Fay C, Weisberg R B. Comorbidity of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders: Severity of Psychopathology and Body Image Disturbance. *International Journal Eating Disorders*. 2006. 39 (1) pag 11-19.
16. Stein, D.J., *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*. Volúmen 29 número 2. Masson 2006.
17. Rosen J, Reiter J. Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behavior Research Teraphy*. 1996. 34 (9) 755-766.
18. Dyl, Kittler, Phillips K, Hunt J. Body Dysmorphic Disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Human Development*. 2006, 36 (4): 362-382.
19. Andreto C, The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and psyche. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2007, 31, 406-410.
20. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive–compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*. 2004;19(5):292-298.
21. Cash, T. F. *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire users' manual* available from the author at www.body-images.com. 2000.
22. Baños R, Botella C, Perpiña C. Propiedades psicométricas del inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID) en población española. *Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2006 (1) 19-38.
23. Didie E, Phillips K. Body image in patients with body dysmorphic disorder: Evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. *Body Image*. 2010 (7) 66–69.

24. Phillips K, William M, Fay C, Weisber R. Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*. 2005; 46(4): 317–325.
25. Phillips K. The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Prim psychiatry*. 2006; 13(7): 51–59.
26. Rusticus S, Hubley A. Measurement Invariance of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire: Can We Compare Across Age and Gender. *Sex Roles*. 2006 (55) 827–842.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

Protocolo: “Evaluación de los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal en pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal”

Lo invitamos a participar en un proyecto de investigación sobre el diagnóstico que usted padece “Trastorno Dismórfico Corporal” para lo cual se requiere de su consentimiento voluntario y no representará un costo adicional. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

El objetivo de esta investigación es evaluar los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal (la forma en la que usted percibe su cuerpo).

Este estudio se llevará a cabo en la Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos del Espectro del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Las entrevistas no causarán costo alguno para usted.

Si acepta participar en esta investigación, será evaluado (a) por un médico (s) de la Institución, se le realizarán algunas preguntas relacionadas a su padecimiento actual. Su participación consistirá en dos evaluaciones cada una tomará alrededor de una hora.

La primera incluye la realización de la entrevista diagnóstica en la que usted dará respuesta a una serie de preguntas sobre síntomas clínicos referentes al Trastorno Dismórfico Corporal como a otras condiciones psiquiátricas.

La siguiente consistirá en responder un cuestionario sobre los pensamientos y actitudes relacionados con la imagen corporal.

Ninguna de estas evaluaciones implica riesgo para usted. Toda la información clínica será absolutamente confidencial y solo será conocida por los miembros del equipo de investigación. La información individual obtenida de sus entrevistas nos permitirá comprender mejor su propio trastorno y la información obtenida en conjunto por todos los participantes nos permitirá comprender mejor el Trastorno Dismórfico Corporal en la población mexicana y ofrecer mejores posibilidades de atención para quienes padecen este trastorno.

Su participación es voluntaria, si decide no aceptar participar, esto no tendrá ninguna repercusión en la atención que usted reciba en el instituto. Si después de haber aceptado decide retirarse del estudio puede hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar explicación alguna. Al aceptar participar en este proyecto se le garantiza la respuesta a cualquier duda o inquietud con respecto al estudio.

Por medio del presente documento afirmo que he leído la hoja de información y se me ha explicado de manera comprensible y suficiente cuáles son los objetivos de la investigación y cuál será mi participación en él. Por lo tanto acepto participar voluntariamente.

Estoy enterado (a) que puedo suspender mi participación en la investigación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo o que recibiré en el futuro en esta Institución.

En caso de cualquier duda contactar a los responsables: Dra. Berenice Islas Hernández 044 55 20 80 9115, Dr. Juan José Cervantes Navarrete 044 55 13 53 72 81, Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza modulo B.

Nombre del Paciente

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

Nombre y firma del Médico Responsable

Fecha

Instituto Nacional de Psiquiatría
Clínica de TOC y Trastornos de Espectro

Nombre: _____

Género: _____ **Edad:** _____ **Procedencia:** _____ **Fecha:** _____

MBSRQ

Thomas F. Cash, Ph. D.

INSTRUCCIONES: POR FAVOR LEE CUIDADOSAMENTE

Las siguientes páginas contienen una serie de aseveraciones en relación a como las personas podrían pensar, sentir o comportarse. Responde indicando qué tanto cada frase corresponde a tu personalidad.

Tus respuestas serán confidenciales. Para completar el cuestionario lee cuidadosamente cada aseveración y decide que tanto corresponde a tu personalidad. Usando la escala siguiente anota en el espacio en blanco el número que corresponda a tu respuesta.

Ejemplo:

_____ Generalmente estoy de buen humor.

En el espacio en blanco, anota:

- El número **1** si estás **definitivamente en desacuerdo.**
- El número **2** si estás **moderadamente en desacuerdo.**
- El número **3** si no estás **ni de acuerdo ni en desacuerdo.**
- El número **4** si estás **moderadamente de acuerdo.**
- El número **5** si estas **definitivamente de acuerdo.**

No hay respuestas correctas o incorrectas. Solo da la respuesta que sea más adecuada para ti. Recuerda, tus respuestas son confidenciales, por favor se honesto y responde todas las frases.

_____ 1. Antes de estar en público, siempre me fijo como me veo.

_____ 2. Soy cuidadoso para comprar ropa que me haga ver mejor

1	2	3	4	5
Definitivamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Definitivamente de acuerdo

- ___ 3. Podría pasar la mayoría de pruebas de condición física.
- ___ 4. Es importante que tenga una gran fortaleza física.
- ___ 5. Mi cuerpo es sexualmente atractivo.
- ___ 6. **No** llevo a cabo un programa de ejercicio regular.
- ___ 7. Tengo el control de mi salud.
- ___ 8. Conozco mucho acerca de cosas que afectan mi salud.
- ___ 9. He desarrollado intencionalmente un estilo de vida saludable.
- ___ 10. Me preocupo constantemente por estar o volverme gordo.
- ___ 11. Me gusta mi apariencia tal como está.
- ___ 12. Reviso mi apariencia en el espejo cada vez que puedo.
- ___ 13. Usualmente me toma mucho tiempo arreglarme antes de salir.
- ___ 14. Mi condición física es buena.
- ___ 15. Practicar deporte **no** es importante para mí.
- ___ 16. **No** hago intencionalmente actividades físicas que me mantengan en forma.
- ___ 17. En mi salud hay altibajos inesperados.
- ___ 18. Tener buena salud es una de las cosas más importantes en mi vida.
- ___ 19. Evito todo lo que sé que pueda poner en riesgo mi salud.
- ___ 20. Estoy muy pendiente de incluso pequeños cambios en mi peso.
- ___ 21. Muchas personas consideran que tengo buena apariencia.
- ___ 22. Es importante para mí tener siempre una buena apariencia.
- ___ 23. Uso muy pocos productos de arreglo personal.
- ___ 24. Me es muy sencillo aprender habilidades físicas.
- ___ 25. **No** es una prioridad importante en mi vida estar físicamente en forma.
- ___ 26. Hago cosas para incrementar mi fuerza física.

1	2	3	4	5
Definitivamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Definitivamente de acuerdo

- ___ 27. Rara vez me enfermo.
- ___ 28. Me asumo saludable.
- ___ 29. Frecuentemente leo libros y revistas relacionados con la salud.
- ___ 30. Me gusta mi apariencia sin ropa.
- ___ 31. Si mi arreglo no es adecuado me doy cuenta.
- ___ 32. Generalmente visto lo que tenga a la mano sin preocuparme de como luce.
- ___ 33. Soy malo en deportes o juegos físicos.
- ___ 34. Rara vez pienso en mis habilidades atléticas.
- ___ 35. Trabajo para mejorar mi resistencia física.
- ___ 36. No se como me voy a sentir físicamente de un día a otro.
- ___ 37. Cuando estoy enfermo, **no** pongo mucha atención a mis síntomas.
- ___ 38. **No** hago un esfuerzo especial para llevar una dieta balanceada y nutritiva.
- ___ 39. Me gusta como me queda mi ropa.
- ___ 40. **No** me preocupa lo que la gente piense sobre mi apariencia.
- ___ 41. Tengo especial cuidado con el arreglo de mi cabello.
- ___ 42. Me disgusta mi físico.
- ___ 43. **No** me preocupa mejorar mis habilidades en las actividades físicas.
- ___ 44. Trato de estar físicamente activo.
- ___ 45. A menudo me siento vulnerable ante las enfermedades.
- ___ 46. Pongo mucha atención a mi cuerpo ante cualquier signo de enfermedad.
- ___ 47. Si tengo un resfriado o gripe, lo ignoro y sigo con mi vida normal.
- ___ 48. No soy físicamente atractivo.
- ___ 49. Nunca pienso en mi apariencia.
- ___ 50. Siempre estoy tratando de mejorar mi apariencia física.

1	2	3	4	5
Definitivamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Definitivamente de acuerdo

- _____ 51. Tengo muy buena coordinación.
- _____ 52. Sé mucho de acondicionamiento físico.
- _____ 53. Practico un deporte regularmente.
- _____ 54. Soy una persona saludable físicamente.
- _____ 55. Estoy muy consciente de pequeños cambios en mi salud física.
- _____ 56. Busco atención médica al primer signo de enfermedad.
- _____ 57. Estoy en una dieta para perder peso.

Para el resto de las frases usa la escala de respuestas que se da para cada frase, indica tu respuesta de acuerdo a la escala y anótala en el espacio en blanco.

_____ 58. He intentado bajar de peso ayunando o siguiendo dietas drásticas.

1. Nunca
2. Rara vez
3. Algunas veces
4. Frecuentemente
5. Muy frecuentemente

_____ 59. Pienso que estoy:

1. Muy bajo de peso
2. Bajo de peso
3. En mi peso normal
4. Con sobrepeso
5. Con mucho sobrepeso

_____ 60. Al verme la mayoría de la gente pensaría que estoy:

1. Muy bajo de peso
2. Bajo de peso
3. En mi peso normal
4. Con sobrepeso
5. Con mucho sobrepeso

Para los reactivos 61-69 usa la siguiente escala para indicar en el paréntesis que tan satisfecho o insatisfecho estás con cada una de las siguientes áreas o aspectos de tu cuerpo y en la línea específica la parte en cuestión:

1	2	3	4	5
Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho

- () 61. Cara (rasgos faciales, complexión). _____
- () 62. Cabello (color, grosor, textura, cantidad). _____
- () 63. Área inferior (nalgas, cadera, muslos, piernas). _____
- () 64. Área media (cintura, abdomen). _____
- () 65. Área superior (pecho o senos, hombros, brazos). _____
- () 66. Tono muscular.
- () 67. Peso.
- () 68. Estatura.
- () 69. Apariencia general.